

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucile ROZIER-BRASSART

Née à Angers, le 13 juin 1903

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Lauréate de l'École de Médecine et de l'Internat d'Angers

DE LA RACHIANESTHÉSIE

DANS LES

DILATATIONS STATIONNAIRES

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucile ROZIER-BRASSART

Née à Angers, le 13 juin 1903

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

Lauréate de l'École de Médecine et de l'Internat d'Angers

DE LA RACHIANESTHÉSIE

DANS LES

DILATATIONS STATIONNAIRES

Président : M. BRINDEAU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BERTIN. . . Pathologie médicale.
 NARD (H.). Pathologie médicale.
 NET Physiologie.
 ANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 OCQ Pathologie chirurgicale
 ULÉ. Pathologie médicale.
 DENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 THALA . . . Pathologie médicale.
 ABROL . . . Pathologie médicale.
 ÉVALLIER. Pathologie médicale.
 GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 OGNON. . . . Physique.
 NZEEOT . . . Pathologie médicale.
 ALLE Obstétrique.
 Y Urologie.
 RNIER . . . Pathologie expérimentale
 STINEL . . . Bactériologie.
 TELLIER . . Pathologie chirurgicale
 ROUD Histologie.
 RVIER. . . . Pathologie médicale.
 VELACQUE Anatomie.
 TINEL. . . . Pathologie médicale.
 ANNON. . . . Hygiène.
 YEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT-PASTEUR, Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

SQUET. Pharmacologie.
 ÉNIOT. Obstétrique.
 QUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique méd.
LE LORIER, . Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. . . . Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MADAME ET MONSIEUR MARCEL GRATEAU
MES GRANDS-PARENTS

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON MARI

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

*Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur de clinique obstétricale
Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers
Membre correspondant de l'Académie de Médecine

*Qui nous guida dans ce travail et fut
pour nous un maître bienveillant; en
témoignage de notre reconnaissance.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

DE LA RACHIANESTHÉSIE

DANS LES

DILATATIONS STATIONNAIRES

Le passé de la rachianesthésie en obstétrique n'est pas récent.

On l'utilise en gynécologie ainsi qu'en chirurgie comme analgésique, au même titre que les anesthésiques généraux.

Elle fut appliquée pour la première fois en obstétrique par Doléris et Malartic en 1900.

Dès le début de son utilisation, on avait été frappé du parfait relâchement musculaire qu'elle détermine, de la disparition de toute contracture et, dans les opérations intra-abdominales du silence abdominal absolu qui en résulte.

Au point de vue utérin, qui nous occupe ici, dès 1900, Doléris note que sous l'effet des injections sous arachnoïdiennes de cocaïne, les contractions augmentent d'énergie, que le travail s'accélère, que la dilatation du col se complète très vite, que la période d'expulsion se trouve abrégée, que la rétractilité utérine est plus forte après l'expulsion du fœtus, ce qui rend minime la perte de sang au moment de la délivrance.

Doléris pense que la rachicocaïnisation serait

même susceptible de provoquer l'accouchement avant tout début de travail.

Dupaigre dit qu'on peut espérer dans l'avenir, en général la diminution de la durée de l'accouchement quand il n'existera aucune cause de dystocie.

Dès cette époque, il reconnaît que la cocaïne provoque un certain état de tension des parois utérines qui contre-indique les manœuvres intra-utérines. En effet, les accoucheurs qui utilisent la cocaïne dans les cas de césarienne remarquent le peu d'abondance de l'hémorragie, par suite de la rétraction remarquable de l'utérus. Cette rétraction constitue même parfois un obstacle à l'ablation du placenta. On en déduit que la rachianesthésie s'oppose aux manœuvres intra-utérines, ce qui limite, en somme, d'une manière assez considérable, l'utilisation du procédé en obstétrique.

Guéniot admet comme indications :

1° Les opérations obstétricales nécessitant l'anesthésie ;

2° Les douleurs excessives du travail ;

3° La lenteur exagérée de ce dernier par suite de la faiblesse ou l'irrégularité des contractions.

4° La tendance aux hémorragies sous quelque forme que ce soit (inertie utérine, insertion vicieuse du placenta, etc...);

Un silence relatif s'établit sur la question jusqu'en 1920. A ce moment, le Professeur Delmas soutient avec des faits basés sur l'expérience que, contrairement à ce que l'on pensait, sous l'action de la rachia-

nesthésie, les manœuvres intra-utérines se trouvent facilitées. En particulier, la version par manœuvres internes se fait sans difficulté. Le professeur Delmas insiste aussi sur l'action de la scurocaïne sur le col utérin. Les indications de la rachianesthésie s'étendent ainsi beaucoup.

Ces publications sensationnelles en appellent beaucoup d'autres, aussi, les articles sur ce sujet sont nombreux, tant à l'Étranger : Allemagne, Espagne, Belgique, Italie, qu'en France, où nous ne citerons que les communications de Delmas, de Brindeau, Gosselin, Balard et Mahon, Le Lorier, Cathala, Metzger, Scemla, Vignes, etc., etc. Les avis de ces auteurs sont quelquefois discordants et les affirmations du professeur Delmas font l'objet de nombreuses polémiques.

Il ne saurait être question dans ce travail d'envisager la méthode de Delmas dans son ensemble. Si tout ne semble pas souhaitable et applicable impunément dans ce procédé, il est peut-être des cas où la rachianesthésie peut rendre de grands services à l'accoucheur. Il est reconnu que la scurocaïne a une action sur le col utérin dont elle faciliterait la dilatation, nous n'envisagerons son application que dans les cas de dilatation stationnaire.

PHYSIOLOGIE

La rachianesthésie est, en somme, un procédé d'analgésie locale, s'adressant à la moelle par opposition aux anesthésiques généraux qui atteignent toutes les cellules de l'organisme.

C'est une section fonctionnelle de la moelle d'où insensibilisation et paralysie. Cette section réalisée organiquement dans certaines lésions de la moelle, aboutit à la paralysie avec relâchement des sphincters, incontinence des urines et des matières fécales. Au cours de la rachianesthésie, on peut constater la perte de tonicité du périnée avec béance de la vulve et de l'anus.

Le col utérin devient également atonique puisque nous avons vu que dans la section physiologique de la moelle sont comprises les racines postérieures, voie du tonus. Cette action avait été entrevue, nous l'avons dit, dès 1901, par Doleris, qui avait remarqué que la dilatation du col se complétait très vite. En 1924, Lantuejoul dit, à l'occasion de publication d'observations prises dans le service de M. le Professeur Brindeau : « Il semble que l'anesthésie rachidienne donne, dans certains cas, des résultats très supérieurs à l'anesthésie générale, qu'elle faci-

lite certaines manœuvres telles que la dilatation du col ». Enfin, Delmas, suivi par beaucoup d'auteurs, remarque cette influence et insiste sur elle.

Sur le corps utérin, l'action de cette anesthésie est beaucoup plus complexe, par suite de l'innervation riche et multiple de la fibre utérine. En effet, elle tire son innervation de plusieurs sources :

1^o de la moelle ;

2^o du système sympathique ;

3^o de ganglions intrinsèques.

L'innervation médullaire seule se trouve influencée par l'anesthésie rachidienne. Les contractions persistent bien que la parturiente ne les perçoive plus. Elle peut pousser lorsqu'on le lui commande.

Au point de vue général, c'est un hypotenseur vaso-constricteur ; ceci explique pourquoi l'on peut y avoir recours dans le cas de placenta praevia (bien qu'il soit dangereux, lorsque la pression est très abaissée) et d'intervention pour césarienne.

L'on peut penser dès maintenant que la rachianesthésie facilitera l'introduction de la main dans la filière pelvienne, qu'elle facilitera la dilatation du col tout en anesthésiant la patiente.

TAEDIOUS LABEUR

On se trouve, assez fréquemment, dans les services de Maternité, en présence de parturientes chez lesquelles le travail s'éternise. Le début remonte à de longues heures ; 1^o tantôt, sans grandes souffrances, la poche des eaux s'est rompue, la dilatation n'augmente pas, mettant en danger la femme ou l'enfant ; 2^o tantôt, elles ont eu des douleurs violentes et prolongées, qui se sont espacées, en suite, pour disparaître presque complètement, tirant seulement, de temps à autre, la femme de son assoupissement ; 3^o Enfin, tantôt les coliques s'accroissent, sans cesse, mettant la patiente dans un état d'exaspération nerveuse spécial, et bien connu de l'accoucheur. Le toucher montre une dilatation qui, atteignant 2 à 5 centimètres reste stationnaire indéfiniment, une présentation qui ne progresse plus. D'autre part, dans presque tous les cas, la poche des eaux s'est rompue précocement.

En somme, on est en présence de ce que certains auteurs appellent le Taedious labour. Il n'existe aucune cause de dystocie déterminée. Il n'y a pas de rétrécissement du bassin ; la présentation n'est pas dystocique ; le col ne présente pas de rigidité

pathologique néoplasique, tuberculeuse ou inflammatoire. On s'est assuré aussi que la lenteur du travail ne provient pas d'une déviation utérine facile à corriger ; d'une discordance entre l'axe de l'utérus et celui de la filière pelvienne ; qu'une déviation du col n'explique pas la lenteur de sa dilatation, car ainsi que le dit Demelin :

« L'accouchement de longue durée trouve l'une de
« ses causes fréquentes dans les dissociations de
« fonctions dynamiques, plutôt, il me semble, que
« dans une mystérieuse et vague idiosyncrasie de la
« fibre lisse. »

Bientôt l'inaction ne peut être prolongée et l'accoucheur est mis en demeure d'agir le plus rapidement possible, devant les douleurs intolérables et vaines de la femme, les menaces d'infection et surtout les signes de souffrance de l'enfant.

Si la dilatation était complète, le forceps, la version ou la recherche d'un pied, suivant les cas, termineraient bien vite l'accouchement. Le problème est différent : il s'agit de mettre en œuvre un procédé rapide et aussi inoffensif que possible pour obtenir la dilatation qui permettra à l'accoucheur d'intervenir.

THERAPEUTIQUE DU TAEDIOUS LABEUR

Dans ces cas de travail lent, pénible, de dilatation, qui n'en finit plus et qui désespère la malade et son entourage, le médecin, au début, a différents procédés médicaux pour tenter d'accélérer la marche de l'accouchement.

Nous avons vu que cette lenteur du travail relève presque toujours, dans les cas qui nous intéressent, d'un vice de la motricité utérine. Nous distinguerons ainsi deux grands groupes :

1^o Il y a hypertonicité utérine ;

2^o Il y a hypotonicité utérine.

1^o *Dans les cas d'hypertonicité utérine* avec contractions impuissantes à faire avancer le travail, c'est-à-dire lorsque la femme souffre sans cesse, pendant et entre les contractions, la fibre utérine se fatigue et la parturiente épuisée supporte difficilement les douleurs. Elle se trouve bien quelquefois d'un grand bain chaud.

S'il demeure sans effet, l'accoucheur a recours aux inhibiteurs; il a, à sa disposition, toute une série de médicaments antispasmodiques, analgésiques.

C'est d'abord la *morphine* qui calme le muscle utérin et donne à la femme quelques heures de repos qui lui permettront de mieux lutter par la suite. La tolérance de la femme enceinte pour l'opium, est remarquable (morphine en piqûre, laudanum par lavement) car il en faut une dose assez forte pour arriver au résultat ; à faible dose, la morphine est au contraire, un excitant de la fibre utérine.

La *scopolamine* produit l'analgésie mais supprime les contractions.

La *belladone* est un puissant antispasmodique ; l'*atropine* est quelquefois associée à la morphine pour faire cesser le travail.

Viennent ensuite les analgésiques tels que le *chloral*,

L'*hémipnal* qui nous rappelle, entre autres exemples, celui d'une primipare souffrant atrocement depuis 48 heures et chez qui l'état nerveux était arrivé à un degré extrême et inquiétant. Une simple piqûre d'hémipnal, en apportant le calme à la malade, régularisa les contractions et l'accouchement se termina heureusement trois heures plus tard.

Nous citerons encore le *somnifène* avec lequel on a voulu obtenir « le sommeil crépusculaire » qui n'est pas, d'ailleurs, sans danger pour la mère et l'enfant. Mais nous touchons ici à la question de l'accouchement sans douleurs. Sa réalisation a été et sera toujours l'objet de discussions sans nombre... d'ailleurs n'a-t-il pas été dit : « Tu enfanteras dans la douleur... ».

Viennent ensuite les anesthésiques généraux.

Ils ont été employés dans quelques cas pour régulariser le travail. Il est certain qu'ils ne sont pas seulement des analgésiques, mais encore des modificateurs de la fibre utérine. On s'entend pour admettre, par exemple, que le *chloroforme* est le grand remède des contractions irrégulières ou excessives : « qu'il diminue la tonicité utérine et qu'il est antispasmodique » (Demelin). Il facilite aussi l'intervention de l'accoucheur par relâchement de la rigidité utérine, par résolution musculaire périnéale et, en particulier, du releveur de l'anus.

Mais on conçoit que son administration soit délicate, car s'il diminue l'action des contractions normales, il réduit à zéro celle des contractions faibles.

Il en est de même des autres anesthésiques généraux : *éther*, *chlorure d'éthyle*, *protoxyde d'azote* qu'il faut administrer à dose beaucoup plus faible que dans la pratique chirurgicale. Ils n'ont pas, de plus, une action élective évidente sur le col. Un de leurs gros dangers est de favoriser l'inertie utérine et les hémorragies de la délivrance. Cette action, marquée avec le chloroforme, le serait encore plus avec l'éther.

2° *Il y a hypotonicité utérine.* — La femme, au contraire ne, souffre pas, l'utérus reste mou. L'accoucheur a recours alors à toute la série des médicaments dits ocytociques.

L'*ergot de seigle* était employé couramment autrefois et presque aucun accouchement ne se faisait sans lui. Mais on s'est aperçu que cette substance agit sur la fibre utérine en produisant rapidement sa tétanisation et non des contractions correspondant à ce qui se produit physiologiquement. On ne l'emploie plus pour accélérer le travail ; son usage est réservé à des cas bien particuliers, par certains accoucheurs, au cours des césariennes, par exemple.

La *quinine* aurait également une action ocytotique. On connaît mal son mode d'action : elle ne provoque pas les contractions et ne peut déclancher le travail. On a maints exemples de paludéennes enceintes, traitées par la quinine à haute dose. Il est certain, cependant, qu'elle a une action. Demelin pense que la quinine est le médicament par excellence de l'hyposystolie par hypertonie.

J'ai eu l'occasion de voir, dans diverses circonstances, l'administration de quinine avoir un résultat si heureux qu'on ne pouvait guère voir une simple coïncidence. J'ai vu dans le service de M. le Professeur Boquel cette substance, administrée à la dose de un gramme cinquante en trois cachets, donner des résultats remarquables, réveillant des contractions endormies depuis plus de 24 heures.

Enfin les *extraits hypophysaires* sont, des trois médicaments, les plus employés. Ils agissent sur les contractions utérines, en respectant leur intermittence ; cependant, administrés dans les cas d'hypertonie, ils aboutiraient rapidement à la contrac-

ture. Les indications de ces extraits hypophysaires sont, d'ailleurs, très précises. L'hypertonie est une contre-indication, mais il en est d'autres; il faut être assuré que la présentation est excellente, l'état du bassin parfait, sans quoi des contractions déchaînées sont capables de produire des désastres, ne serait-ce que d'ordre périnéal. Ils déterminent des coliques violentes qui activent assez vite la dilatation; cependant, cette dernière doit avoir atteint déjà une petite paume de main au moment de l'injection.

Tous ces procédés ne réussissent que dans des cas bien déterminés, autrement ils vont à l'encontre du but poursuivi, et il n'est pas toujours aisé de reconnaître la catégorie à laquelle appartient l'utérus qui ne veut pas achever la dilatation de son col. D'autre part, le médecin n'est pas toujours appelé près de la parturiente, alors qu'il serait encore temps de mettre cette thérapeutique à profit. Il est encore pressé d'agir devant les risques d'infection de l'utérus dont la poche des eaux est rompue depuis de longues heures, ou les signes de souffrance fœtale. Il doit avoir recours à d'autres moyens pour terminer l'accouchement aussi rapidement que possible.

AGENTS MÉCANIQUES DE DILATATION DU COL

Les substances pharmaceutiques sont demeurées sans effet ; il est alors à la portée de l'accoucheur des moyens mécaniques d'agir sur la contraction utérine. Ces agents mécaniques mis en œuvre au niveau du col et du segment inférieur excitent les contractions utérines, et par suite, activent la dilatation.

Ce sont : les dilatateurs,
les ballons,
la dilatation manuelle.

Les *dilatateurs métalliques* ne méritent guère, d'une façon générale, qu'un souvenir, si perfectionnés qu'ils soient, et, à cet égard, le dilatateur de Bossi constitue, avec ses quatre branches, au dire de certains auteurs, un perfectionnement assez remarquable ; il permet d'employer une grande force, réglée peut-être, progressive, sans doute, mais certainement extrêmement dangereuse et il n'y a guère à s'appesantir sur ce procédé.

Le *dilatateur exciteur de Tarnier* est beaucoup moins offensant. Il présente cependant quelques in-

convénients quant au manuel opératoire : la distension du col s'exerce à l'aide d'anneaux de caoutchouc spéciaux qui peuvent se rompre ou faire défaut. On exerce alors les tractions à l'aide de tubes de caoutchouc, ce qui complique la technique et ne permet pas de mesurer l'effort de la même façon. L'action du dilatateur de Tarnier est lente, les contractions ne se poursuivent pas toujours après sa chute, une seconde intervention doit alors succéder à la première pour obtenir la dilatation complète. Enfin, dans les cas d'hypertonie utérine, il exagère encore la contracture, puisque nous avons vu qu'il provoque la dilatation du col, en excitant les contractions utérines.

Les *ballons dilatateurs* se présentent sous des types multiples. Le plus usité est celui de Champetier de Ribes ; c'est cependant un instrument assez rare dont on court le risque de ne pas trouver toute la série lorsqu'on est appelé à la campagne. Il a l'inconvénient encore d'avoir une stérilisation assez difficile à réaliser d'une manière parfaite, ce qui peut être grave, puisqu'on l'introduit dans un utérus dont la poche des eaux est rompue souvent depuis de longues heures, et que l'on intervient justement parce que l'on redoute l'infection. D'autre part, son introduction déplace presque toujours la présentation. Enfin, et surtout, c'est encore un procédé lent qui ne convient pas dans la majorité des cas, puisqu'il y a toujours urgence pour l'enfant ou la mère.

La *dilatation manuelle*, elle, répond à l'urgence du cas. Sa technique a été bien mise au point par Bonnaire qui recommande surtout la patience et la douceur. La dilatation doit se faire sans aucun effort, l'accoucheur étant aidé par les contractions utérines. Il faut que le col soit très souple et absolument sain : conditions réalisées chez quelques multipares ; chez la primipare, l'on est arrêté très rapidement. Le procédé est redoutable, et on hésite toujours à le mettre en pratique, car l'on peut amorcer des déchirures qui restent inaperçues et peuvent être transformées au moment du passage du fœtus en déchirures mortelles ; ou bien, d'emblée, l'on arrête trop tard son effort et de graves lésions, pouvant même aller jusqu'au segment inférieur se sont produites. La dilatation manuelle reste donc un procédé très dangereux, ne s'appliquant qu'à quelques cas.

PROCÉDÉS CHIRURGICAUX DE DILATATION DU COL

Les agents mécaniques ne conviennent pas ou n'ont pas réveillé les contractions ; la dilatation reste incomplète, il est très urgent d'intervenir ; l'accoucheur doit alors s'adresser aux procédés chirurgicaux :

Soit aux incisions du col,

Soit à l'opération césarienne.

Les incisions du col multiples et petites ont été rejetées, car elles étaient le point de départ de déchirures pendant l'accouchement. Les grandes incisions sur la lèvre antérieure et la lèvre postérieure restent le procédé que préfèrent nombre d'accoucheurs. Il faut, pour les pratiquer, que le segment inférieur soit bien formé, la présentation bien descendue. Il faut savoir exactement où l'on va et les dimensions de la tête fœtale qui ne devra pas transformer ces incisions nettes en déchirures aveugles. Le médecin n'est pas à l'abri non plus des anomalies anatomiques qui sont cause de blessures de vaisseaux que l'on croyait éviter.

Aussi, pour toutes ces raisons, a-t-on pu dire :

« L'incision meilleure est encore inférieure à un

« procédé qui permettrait de dilater le col sans le « léser ni l'inciser » (Balard et Mahon).

Les grandes incisions du col poussées jusqu'au segment inférieur aboutissent à la césarienne vaginale que préconisent vivement certains auteurs dans des cas particulièrement urgents. Elle n'est pas encore un moyen parfait, car elle n'est pas toujours sans inconvénient pour les accouchements ultérieurs.

On peut enfin avoir recours à la césarienne abdominale, lorsqu'il n'y a plus une minute à perdre ; mais il n'est plus question, alors, de dilatation du col.

Tous ces procédés qui ont des risques assez nombreux nécessitent l'anesthésie générale qui vient y ajouter ses dangers propres, sans avoir aucune action spécifique sur la dilatation du col.

La rachianesthésie, par contre, douée d'une action élective sur le col utérin dont elle facilite la dilatation, produit de plus l'analgésie ; elle semble donc un procédé particulièrement précieux. S'il réussit, on aura réalisé le souhait qui doit être celui de tout accoucheur : dilater le col sans le léser. D'autre part, si la tentative de dilatation échoue, il reste la ressource de procéder à une des opérations nommées plus haut, sans qu'il soit besoin d'administrer à la femme un anesthésique nouveau.

MANUEL OPÉRATOIRE

Dans les observations qui suivent, la technique employée fut toujours la même.

La ponction lombaire est pratiquée dans le quatrième espace lombaire, après avoir pris les points de repères habituels. La femme est assise sur le bord du lit, les jambes appuyées, le « dos rond », la tête penchée en avant, le menton touchant le sternum ; un aide maintient la malade dans cette position.

L'anesthésique utilisé est la scurocaïne en poudre.

La dose employée est de dix centigrammes.

On retire une quantité de liquide céphalorachidien qui varie de 6 à 10 centimètres cubes. On dissout la scurocaïne dans le liquide soustrait et la solution est ensuite injectée lentement dans les espaces sous-arachnoïdiens au moyen de l'aiguille à ponction qui a été laissée en place.

La femme est ensuite allongée sur la table et l'on intervient dans les sept à dix minutes qui suivent l'injection. L'analgésie est parfaite alors. La femme ne sent plus ses jambes, ne réagit plus aux excitations que l'on fait à ce niveau, le périnée a perdu toute tonicité.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (n° 180)

(*Archives médicales d'Angers*, juin 1928.

Article de M. le Professeur Boquel).

La première observation concerne le cas classique d'une primipare chez laquelle la tête était profondément engagée en O. I. D. P., la poche des eaux rompue, la dilatation arrivée péniblement à la dimension d'une ancienne pièce de 5 fr., restant là, indéfiniment stationnaire depuis de longues heures.

Une injection de 10 cgr. de scurocaïne suivant la technique exacte préconisée par le professeur Delmas amena tout d'abord et, en quelques instants, la cessation des douleurs accusées depuis si longtemps par la malade.

Au bout de cinq minutes, la main introduite suivant la manière indiquée dilata le col au point qu'on le désirait avec la plus grande facilité et la plus grande rapidité.

Une application de forceps devenue possible permit l'extraction de l'enfant sans incident aucun, ni immédiat ni consécutif. Le travail était commencé depuis 30 heures.

En résumé : La poche des eaux rompue depuis 6 heures
avec liquide teinté.

La dilatation stationnaire depuis 12 heures.

OBSERVATION II (n° 191).

Primipare présentant un bassin à type légèrement oblique ovalaire, du fait d'une luxation congénitale de la hanche gauche. Le promontoire était accessible, mais les dimensions du bassin, l'enfant étant petit, paraissaient devoir permettre le passage de l'enfant. Le travail se prolongeant, la dilatation restant à 5 fr., M. le professeur Boquel pense qu'une version est nécessaire et a recours à la rachianesthésie.

Une injection de 10 cgr. de scurocaïne permet au bout de quelques minutes, non seulement d'obtenir avec rapidité une dilatation complète, mais encore de faire une version avec la plus grande facilité. Toutefois, les prévisions étant en défaut, la tête dernière retenue au détroit supérieur, on fut obligé de faire une symphyséotomie à la Zarate. La rachi en elle-même fut suivie de parfait succès.

On doit sonder la malade pendant deux jours.

OBSERVATION III (n° 291)

Secondipare de 38 ans a commencé à souffrir le 13 août, vers 16 heures. La rupture de la poche des eaux a eu lieu le 14 août à 17 heures. Le 15 août, le médecin qui voit la malade chez elle, entend les bruits du cœur normaux. Le 16 à midi, la dilatation est restée stationnaire, on n'entend plus les bruits du cœur et la malade est envoyée à la Maternité, le soir même. L'enfant étant mort, aucune indication d'urgence ne se posant, on attend.

Devant la lenteur de la dilatation, on procède à la rachianesthésie. La dilatation manuelle consécutive est très faible et l'application de forceps aisée. Tout se passe normalement. Bonnes suites opératoires.

En résumé : Travail remontant à 4 jours.

Poche des eaux rompue depuis 3 jours.

Enfant mort. Dilatation stationnaire.

OBSERVATION IV (n° 143)

Primipare de 24 ans. La rupture de la poche des eaux a précédé les douleurs qui ont fait leur apparition dans la nuit du 29 au 30 mars. La dilatation reste stationnaire bien que les coliques soient de plus en plus fortes et fréquentes.

Le 1^{er} la dilatation est de la grandeur d'une petite paume de main. On sent un pied dans le vagin.

La dilatation ne progressant pas et la femme souffrant, de plus en plus, on se décide à intervenir.

On fait une injection de 10 cgr. de scurocaïne dissous dans 8 cmc. de liquide céphalo-rachidien.

On obtient l'anesthésie complète au bout de 10 minutes.

La main achève la dilatation rapidement et aisément. Accouchement par le siège sans incident autre qu'une petite déchirure du périnée qui nécessite trois crins. Délivrance normale.

En résumé : Poche des eaux rompue depuis 48 heures.

Dilatation stationnaire depuis 24 heures.

Tendance à la contracture utérine.

OBSERVATION V (n° 151).

Primipare qui commence à souffrir le 10 mai, puis les coliques s'espacent, se faisant rares le lendemain et le surlendemain. La dilatation est restée stationnaire, de la grandeur d'une pièce de 5 fr. du jeudi au samedi. C'est une présentation du siège.

On décide de faire une rachianesthésie, en raison de l'état de souffrance de l'enfant provoqué par la lenteur du travail. Rachianesthésie suivant la méthode habituelle.

L'anesthésie est obtenue après 10 minutes d'attente.

La dilatation digitale est rapidement complète. On a mis deux à trois minutes à l'obtenir. On termine l'accouchement suivant les règles, mais l'extraction de l'enfant est pénible.

Déchirure complète du périnée. (L'enfant meurt consécutivement d'hémorragie méningée contrôlée par ponction.)

En résumé : dilatation stationnaire du jeudi au samedi.

OBSERVATION VI (n° 167).

C'est encore une primipare de 22 ans dont le fœtus se présente par le siège. Elle commence à souffrir le 25 mai à 13 heures. La poche des eaux se rompt dans la nuit du 25 au 26. Le 26 mai à 11 heures, on constate une dilatation de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Le toucher permet également de reconnaître la présentation : c'est une sacro-gauche, l'engagement n'est pas fait. Les coliques ne sont ni très fortes ni très rapprochées. Le 27 mai à 10 heures, la dilatation est restée stationnaire. La femme souffre peu. Les bruits du

cœur sont bien perçus, mais l'enfant perd son meconium. On décide de faire une rachianesthésie.

On injecte 10 cgr. de scurocaïne dans 8 cmc. de liquide céphalo-rachidien. On obtient l'anesthésie après 8 minutes. Les tissus sont déjà très relâchés ; le col est dilaté et la dilatation se complète aisément sous la main."

Petite déchirure du périnée.

Un quart d'heure après l'accouchement survient une hémorragie abondante sans décollement complet du placenta.

L'utérus est mou et se contracte mal. La malade est dans un état syncopal. On pratique la délivrance artificielle. Injection d'huile camphrée.

(Petit fibrome de la grosseur d'un œuf de pigeon dans la partie supérieure droite de l'utérus. On a pu le sentir dans la période de relâchement qui a fait suite immédiatement à l'accouchement).

Suite de couches troublées par un abcès du sein.

OBSERVATION VII (N^o 186).

Femme tripaire ayant eu par placenta prævia vers huit mois de grossesse une hémorragie abondante sans être grave et sans retentissement sur la pression artérielle.

Cet accident est accompagné d'un début de travail : contractions fréquentes, col un peu dilaté, rigide, épais, ne se modifiant plus depuis de longues heures.

L'intérêt de débarrasser l'utérus paraît évident.

On injecte 10 centigrammes de scurocaïne, mais une partie de l'injection est perdue.

Aucun résultat anesthésiant et aucune possibilité de dilater le col.

Intervention sous balsoforme qui permet de pousser la dilatation à un certain degré, mais avec une certaine résistance qu'on ne force pas, l'enfant étant très petit.

Une version est faite, non sans quelque peine, car l'utérus se rétracte vraiment beaucoup et le col rétracté fait obstacle au niveau de la tête dernière. Petite incision sur la lèvre antérieure et la lèvre postérieure et tout est terminé sans difficulté ni incident autre.

OBSERVATION VIII (N^o 192).

Primipare de 26 ans, entrée à la Maternité le 17 juin 1929 à 22 h. 30. La malade est en douleurs depuis 3 jours. La dilatation du col est stationnaire depuis 24 heures. La tête se présente en O. I. D. P. et l'engagement n'est pas réalisé. On tente la rachianesthésie suivant le procédé habituel, mais on tente vainement quatre fois la ponction. Impossibilité de faire pénétrer l'aiguille dans les espaces sous-arachnoïdiens. On est obligé d'avoir recours au balsoforme pour pratiquer l'incision du col qui est suivie d'une application de forceps. Légère déchirure du périnée. Terminaison de l'accouchement sans autre incident.

* * *

Si nous récapitulons nos observations, nous voyons que :

1^o Six fois sur huit, nous avons eu affaire à des primipares ;

2^o Dans aucun cas, il n'existait de dystocie particulière ; il existait bien dans l'observation II un bas-

sin à léger type oblique ovalaire, un promontoire saillant, mais étant donnée la taille du fœtus, on ne pensait pas que l'accouchement dut présenter de difficulté;

3° Les présentations étaient constituées par 3 sièges, 3 O. I. D. P.; or, dans ces cas, l'accouchement est souvent plus long et plus pénible;

4° La poche des eaux était rompue depuis un temps qui variait de six heures à plusieurs jours;

5° La dilatation restait stationnaire aux dimensions variant d'une pièce de deux francs à une paume de main.

On ne peut parler de rigidité spasmodique du col, car elle est liée le plus souvent à un état de contracture utérine, or, si elle existe dans les observations I et VII, par contre, rien de semblable n'est signalé dans les autres. On noterait plutôt de l'hypotonie dans le cas de l'observation VI.

Sur ces huit observations, les deux dernières paraissent *a priori* des échecs de la méthode, cependant, peut-on vraiment les traiter ainsi.

Dans l'observation VII, il est difficile d'attribuer à la scurocaïne l'insuccès de la dilatation artificielle, puisqu'une partie du liquide fut perdue et qu'aucune action analgésiante ne se fit sentir.

L'observation VII est un exemple de ponction lombaire impossible à pratiquer, aussi doit-elle être mise à part et ne peut-elle être considérée comme un insuccès de la méthode quant aux résultats. C'est une illustration de la difficulté contre laquelle se

bute le chirurgien dans certains cas. On a signalé, en effet, des cas où l'aiguille ne peut pénétrer dans les espaces sous-arachnoïdes. Quelquefois cela est dû à l'ossification des espaces intervertébraux, des ligaments jaunes, ce qui est une exception chez la parturiente qui est une femme jeune. Puech (*Gazette des Hôpitaux*, 1901) avait remarqué la difficulté de cette ponction au moment de l'accouchement et pensait que cela est dû à ce qu'il est difficile chez la patiente d'obtenir une position convenable, en raison des douleurs lombaires pré-existantes, et aussi en raison des contractions utérines fréquentes qui viennent déranger la femme.

Les six autres cas semblent, par contre, des succès venant confirmer l'influence de la rachianesthésie sur le col. Nous ne parlons pas de dilatation spontanée après rachi A, car l'intervention étant toujours urgente, nous n'en avons pas fait l'expérience. Il y eut cependant un début de dilatation spontanée pour la malade de l'observation VI; la main qui avait constaté une dilatation stationnaire à 2 francs, depuis 24 heures, trouve l'orifice du col très agrandi dix minutes après rachianesthésie. Presque toujours la dilatation manuelle se trouve très facilitée; les bords de l'orifice s'écartent aisément sous l'action des doigts et de la main et la dilatation se complète sans effort, utérus et vagin se continuant à plein canal.

Cette dilatation se fait assez rapidement, nous avons retenu trois minutes pour l'observation V.

Certains auteurs signalent de nombreuses déchirures du col au cours des dilatations faites sous rachianesthésie.

Balard et Mahon (*Gynécologie et Obstétrique*, 1929). Audebert et Estienny (mai 1929) signalent 1 cas de déchirure du col propagée au segment inférieur et suivi de mort).

Cathala va plus loin. Il n'est pas partisan de la rachianesthésie comme agent de dilatation du col car « elle facilite la dilatation manuelle qui conserve ses risques de déchirure du col et d'infection. »

Le professeur Metzger dit « la dilatation extemporanée du col perd beaucoup de sa valeur. Elle n'assouplit le col que s'il est tout à fait normal et nous savons tous que la lésion du col sans lésion visible est impossible à prévoir ».

Nous n'avons constaté aucune déchirure du col au cours d'interventions relatées plus haut et le col revu au moment du départ se présentait comme celui de toute femme ayant accouché normalement. La dilatation, il est vrai, n'est pas faite de bout en bout, mais seulement complétée : la femme qui n'a pas de passé de cervicite est en travail et l'orifice du col atteint dans presque tous les cas les dimensions d'une pièce de cinq francs. Ceci est d'ailleurs une condition d'application de la méthode signalée par Balard et Mahon (dans *Presse médicale*, 1928) : il faut que le col soit effacé et que la dilatation atteigne 3 ou 4 cm.

Au cours de ces interventions, dans deux cas on

fut obligé de pratiquer la version, dans les autres d'aller chercher un pied ou de placer un forceps. Beaucoup d'auteurs s'opposent aux manœuvres intra-utérines. La rétraction de l'utérus a été fréquemment observée. On signale un cas d'éclatement utérin (Ballard et Mahon).

Dans les observations qui nous concernent, une seule fois il s'est présenté un cas de contracture utérine nette, dans l'observation VII. Ceci est un peu malencontreux, car ce cas est justement celui où une partie de la scurocaïne fut perdue, l'injection n'ayant même pas amené d'anesthésie. Dans un autre cas d'accouchement par le siège, on note une rétraction pénible de la tête dernière, la rachi avait permis cependant une bonne dilatation du col. On ne rencontre aucune difficulté dans les autres cas, pourtant la poche des eaux est rompue depuis plusieurs heures. La version dans l'observation II se fait avec la plus grande aisance.

Deux auteurs, Metzger et Cathala, ont eu des cas d'hémorragie mortelle par inertie utérine tardive. Le professeur Metzger pense qu'à cette contracture utérine marquée peut succéder un relâchement musculaire, une inertie contre laquelle la fibre utérine ne peut réagir. Cependant, il nous semble qu'on ne puisse absolument incriminer la rachianesthésie, car dans les cas rapportés par ces auteurs, il y avait infection utérine avant l'intervention et il fut fait des manœuvres intra-utérines.

Dans l'observation VI, nous avons une hémorra-

gie de la délivrance assez abondante, puisque la délivrance artificielle fut pratiquée. C'était le cas que nous avons pris plus haut comme exemple d'utérus hypotonique ; d'autre part, nous avons signalé l'existence chez cette malade d'un petit fibrome dans la partie supérieure droite de l'utérus.

Nous remarquons maintenant qu'un incident fréquent est celui de déchirure du périnée. Dans un cas, déchirure complète alors que le col s'était dilaté aisément, petite déchirure insignifiante dans les autres cas. Il semble y avoir *a priori* un désaccord entre l'influence de l'anesthésie rachidienne sur le col et son influence sur le périnée. Cependant, alors que la dilatation du col se fait méthodiquement, l'accoucheur y mettant le temps nécessaire pour obtenir le résultat voulu sans déchirure, la dilatation vulvaire ne se fait pas toujours avec la même progression. Elle atteint rapidement son maximum, on est obligé de se hâter d'extraire un enfant qui souffre ou qui a déjà fait des mouvements respiratoires. Audebert et Estienny (*Revue française Guy. et Ost.*, p. 561) distinguent trois sortes de périnées résistants :

1° Le périnée hypertonique des femmes jeunes, brunes, sans vergetures. C'est une résistance cutané-musculaire à la limite de la normale ;

2° Le périnée qui a perdu son élasticité, chez les primipares âgées, la contracture joue un grand rôle d'où action bienfaisante de la rachianesthésie ;

3^o Le périnée rachitique qui résiste à l'anesthésie rachidienne.

Ces auteurs ont remarqué que :

« Si la rachi facilite les interventions obstétricales, elle ne met pas toujours à l'abri des déchirures périnéales dont une portion importante reste inévitable... Dans les applications de forceps, la rachi donne de bons résultats... Dans les extractions du siège, le périnée, malgré la rachi, reste toujours très exposé... »

Il est encore signalé comme inconvénients de la méthode les rétentions d'urine, les atonies intestinales. Ceci n'est pas particulier à la méthode, les rétentions d'urine ne sont pas exceptionnelles, après les interventions, quel que soit l'anesthésique employé. Sur les huit observations, nous relevons un cas ayant nécessité le sondage vésical pendant 24 heures ; comme autre particularité, la malade analgésiée par la scurocaïne avait dû subir une symphyséotomie à la Zarate.

Dans tous les cas, les patientes ont supporté parfaitement l'anesthésie, sans malaise, tendance syncopale ou sensation d'étouffement. Les suites de couches, malgré les interventions, ont été normales.

Quant à l'influence de la rachi sur l'enfant, les auteurs s'accordent pour affirmer son innocuité. Nous ne relevons qu'un seul cas de mort de l'enfant dans les jours qui suivirent l'accouchement : c'était un siège, d'extraction difficile, et l'enfant est mort d'hémorragie méningée.

VIII

La rachianesthésie, en résumé, nous a donné six fois sur sept des résultats satisfaisants. Il n'est pas question d'établir un pourcentage ou de tirer des conclusions très tranchées. D'autre part, le procédé a apporté de trop sérieux mécomptes à quelques accoucheurs, pour qu'on ne prenne pas toutes ces données en considération.

On ne saurait trop, avant tout, recommander la prudence. Le procédé cependant est bien tentant dans le cas de dilatation stationnaire mettant en danger la vie de l'enfant ou celle de la mère, à condition, encore une fois, qu'il n'y ait :

1° ni dystocie, ni lésion du col ;

2° que les substances pharmaceutiques ne puissent plus avoir d'action ;

3° Que l'on soit acculé à un procédé de dilatation tel que les incisions du col.

Dans ce cas, en effet, pourquoi serions-nous opposés à la rachianesthésie ? Il faut un anesthésique. Elle a obtenu droit de cité en obstétrique au même titre que les autres anesthésiques. Elle facilite la dilatation du col à un haut degré, pourquoi ne pas en profiter ? Elle évitera à la femme les

incisions du col, que l'on pourra toujours faire immédiatement, si la dilatation ne se produit pas ; on peut même avoir recours à la césarienne, sans nouvelle anesthésie.

Nous dirons donc, sans disconvenir des risques que peut présenter quelquefois la rachianesthésie, que dans le cas de dilatation stationnaire, elle semble être un procédé recommandable, lorsqu'il y a grande urgence à intervenir pour la mère ou l'enfant.

CONCLUSIONS

1^o La rachianesthésie qui a acquis droit de cité en obstétrique dans les interventions opératoires peut être employée *au cours de l'accouchement* dans les dilatations stationnaires ;

2^o Elle permet le plus souvent d'obtenir dans ces cas de *travail prolongé* une dilatation suffisamment rapide pour permettre d'obtenir et l'heureuse issue de l'accouchement et la naissance d'un enfant vivant ;

3^o Elle permet en cas d'échec de recourir immédiatement et sans nouvel agent anesthésique à l'intervention nécessaire pour délivrer la femme : incision du col ou éventuellement césarienne.

Vu : le Président de la thèse,
BRINDEAU

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

